

فرم درخواست جزییات موارد ارائه اطلاعات

تاریخ درخواست: _____
نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____
CIN عضو: _____ شماره تلفن: _____

من مایل هستم جزییات یا سوابق نحوه ارائه اطلاعات محافظت شده بهداشتی ام (Protected Health Information - PHI) توسط CalOptima را مطابق با مقررات فدرال دریافت نمایم. من متوجه هستم که CalOptima مجبور نیست موارد ارائه زیر را با من در میان بگذارد:

1. ارائه اطلاعات برای منظور عملیات درمانی، پرداخت و مراقبت های بهداشتی.
2. ارائه اطلاعات به من یا به شخص(های) دیگر با اجازه من.
3. ارائه اطلاعات به افرادی که در مراقبت های من نقش داشته اند.
4. ارائه اطلاعات به سازمان های ناظر ایالتی یا فدرال.
5. ارائه اطلاعاتی که پیش از تاریخ 14 آوریل 2003 انجام شده است.

من همچنین می دانم و آگاهم که ممکن است در شرایط خاصی، حق من برای دریافت سوابق ارائه برخی اطلاعات یا تمام موارد ارائه اطلاعات توسط دولت به حالت تعلیق درآمده باشد.

من همچنین می دانم که CalOptima می بایست سوابق موارد ارائه اطلاعات را ظرف مدت 60 روز تقویمی در اختیار من قرار دهد، یا اعلام نماید که برای تهیه آنها به 30 روز تقویمی دیگر (یا کمتر) نیاز دارد.

من متوجه هستم که در هر دوره 12 ماهه یک (1) بار حق دریافت جزییات موارد ارائه اطلاعات را به رایگان دارم. اگر در همان دوره 12 ماهه بیش از یک بار خواستار دریافت جزییات موارد ارائه اطلاعات بودم، ممکن است هزینه ای بابت این کار از من دریافت شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق محرمانگی و حریم خصوصی خود، لطفاً به وب سایت ما در آدرس www.caloptima.org مراجعه کرده یا با بخش خدمات اعضای CalOptima به شماره رایگان 1-888-587-8088 تلفن کنید. آن دسته از اعضای که مشکلات گفتاری یا شنوایی دارند می توانند با تلفن TDD ما در شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. ما کارکنانی داریم که می توانند به زبان شما صحبت کنند.

من خواستار دریافت جزییات موارد ارائه اطلاعات برای دوره زمانی زیر هستم:

از: _____ تا: _____

توجه: دوره زمانی نمی تواند طولانی تر از شش (6) سال باشد، و نباید تاریخ های قبل از 14 آوریل 2003 جزو آن باشند.

مایل هستم جزییات موارد ارائه اطلاعات را به شکل زیر دریافت نمایم:

چاپ شده روی کاغذ، به آدرس زیر:

آدرس: _____ شماره آپارتمان: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

بصورت الکترونیکی، ارسال شده با یک ایمیل امن به: _____

امضای عضو: _____

اگر نماینده رسمی هستید، لطفاً بخش زیر را تکمیل کرده و مدارک مربوطه را ارائه نمایید:

نام با حروف درشت و واضح: _____ رابطه با عضو: _____